

CAUZELE EVOLUȚIEI SEVERE A TUBERCULOZEI PULMONARE ÎN CONTEXTUL STRATEGIEI DOTS

Olga Caraiani – doctorand,

Catedra de pneumoftiziologie, IP USMF „Nicolae Testemițanu”

tel. +37369883302, caraianiolga@yahoo.com

Rezumat

Tuberculoza reprezintă o provocare pentru sănătatea publică în R. Moldova, cu o incidență pe care o situează pe locul al treilea printre țările cu cea mai mare povară a tuberculozei. În 2001 R. Moldova a adoptat strategia recomandată de OMS, numită DOTS (Directly Observed Treatment Short Course Chemotherapy), la baza căreia stă depistarea cazurilor noi prin microscopia sputei. Aceasta a favorizat depistarea tardivă a formelor severe, extinse de tuberculoză pulmonară cu evoluție cronică având un risc înalt al decesului precoce. **Material și metode.** A fost efectuat un studiu retrospectiv, selectiv și descriptiv a unui eșantion format din 254 pacienți (eșantionul de studiu - 129 pacienți cu tuberculoză pulmonară infiltrativă cu evoluție severă și eșantionul de control - 125 tuberculoză pulmonară infiltrativă cu evoluție favorabilă). **Rezultate.** A fost apreciat că vârsta tânără, reședința urbană, multitudinea și diversitatea factorilor sociali, contactul tuberculos, comorbiditățile și managementul cazului particular sistemului autohton de sănătate s-au constatat a fi cauze ale evoluției severe a tuberculozei pulmonare. **Concluzii.** Abordul complex al bolnavilor de tuberculoză pulmonară cu mulți factori de risc necesită a fi efectuat corect și oportun, luând în considerație gravitatea situației epidemiologice a tuberculozei în R. Moldova.

Cuvinte-cheie: tuberculoza, pneumonie, factori de risc

Summary. Causes of severe evolution of pulmonary tuberculosis in actual condition of DOTS strategy

Tuberculosis is a big challenge for public health in the R. of Moldova, ranking on the third place among high TB burden countries. In 2001 the R. of Moldova approved the WHO recommended strategy called DOTS (Directly Observed Treatment Short Course Chemotherapy), based on the detection of new cases through smear microscopy. This caused the late detection of severe, extensive forms of pulmonary tuberculosis, with chronic evolution and high risk of death. **Material and methods.** It was performed a retrospective, selective and descriptive study of a total number of 254 patients (study group 129 patients with pulmonary infiltrative tuberculosis with severe evolution and 125 patients with pulmonary infiltrative tuberculosis with favorable evolution). **Results.** It was established that young age, urban residency, multiple and diverse of social risk factors, tuberculous contact, comorbidities and specific case management were established as causes of severe evolution of pulmonary tuberculosis. **Conclusions.** Complex approach to patients with pulmonary

tuberculosis with multiple risk factors must be performed appropriately and early, considering the severity of the epidemiological situation in the R. of Moldova.

Key words: tuberculosis, pneumonia, risk factors

Резюме. Причины тяжелого течения туберкулеза легких в контексте стратегии DOTS

Туберкулез является проблемой для здоровья общества в Республике Молдова, которая занимает третье место среди стран с высоким туберкулезным бременем. В 2001 Молдова приняла стратегию, рекомендовано ВОЗ, под названием DOTS (Directly Observed Treatment Short Course Chemotherapy), которая основана на обнаружении новых случаев по микроскопии мокроты. Это привело к позднему выявлению тяжелых, обширных форм туберкулеза легких с хроническим течением, имеющий высокий риск преждевременной смертности. **Материал и методы.** Ретроспективное исследование проводилось на выборочной основе 254 пациентов (исследованная группа 129 пациентов с тяжелым инфильтративным туберкулезом легких и 125 пациентов с положительным течением инфильтративного туберкулеза легких). **Результаты.** Было установлено, что молодой возраст, проживание в городской местности, отягчающие социальные факторы, туберкулезный контакт, сопутствующие заболевания и менеджмент случая оказались причинами тяжелых форм туберкулеза легких. **Выводы.** Комплексный подход пациентов с легочным туберкулезом с множественными факторами риска должны быть выполнены правильно и своевременно, принимая к рассмотрению туберкулезной эпидемиологической ситуации в Молдове.

Ключевые слова: туберкулез, пневмония, факторы риска

Introducere. Tuberculoza reprezintă o provocare pentru Sistemul de Sănătate a oricărui stat și a fost declarată de către OMS urgență mondială în 1993 [3]. Conform raportului OMS actual o treime din populația mondială este infectată cu *M.tuberculosis*, anual înregistrându-se peste 9 milioane de cazuri noi de tuberculoză și 2 milioane de decese prin progresia tuberculozei. R. Moldova se situează pe locul 3 din cele 18 țări cu povară înaltă a TB din Regiunea Europeană [3]. Criza social-politică debutată în anul 1990 a determinat continua agravare a indicatorilor epidemiologici ai TB, cauzând valoarea maximă a incidenței în anul 2006 de 134 la 100.000 populație și o mortalitate de 19 la 100.000 populație. Acești indici manifestă o descreștere lentă, ca în anul 2013 să se înregistreze o incidență a tuberculozei de 110 la 100.000 populație și o mortalitate de 11 la 100.000 populație. În 2001 R. Moldova a adoptat strategia recomandată de OMS, numită DOTS (Directly Observed Treatment Short Course Chemotherapy). Programul Național de Control al Tuberculozei la baza căruia stă DOTS, este adoptat la fiecare 5 ani, are la bază 2 obiective: să atingă depistarea 70% din cazurile noi de tuberculoză pulmonară prin microscopia frotiului sputei și să vindece cel puțin 85% din cazurile noi de tuberculoză pulmonară. În pofida tuturor investițiilor financiare, măsurilor de optimizare a depistării bolnavilor de tuberculoză și instruirea personalului asistenței medicale primare, nici depistarea prin microscopia frotiului sputei și nici rata succesului terapeutic nu a atins obiectivele stabilite. Conform datelor raportate ponderea formelor de tuberculoză pulmonară bacilară în R. Moldova rămâne în platou fără modificări semnificative: 2007 – 44,1%, 2008 – 44,1%, 2009 – 39,5%, 2010 – 38,1%, 2011 – 37,4%, 2012 – 39,2%, deși se atestă a rată îngrijorător de mare a formelor de

tuberculoză pulmonară cu distrucții parenchimatose: 2007 – 43,7%, 2008 – 46,3%, 2009 40,1%, 2010 40,3%, 2011 – 38,0%, 2012 – 37,3%. Conform PCN - 123 diagnosticul TB se efectuează conform unui algoritm bine stabilit, ce include examenul sputei prin colorația Ziehl – Neelson și cultura cu testarea sensibilității la chimiopreparatele antituberculoase, radiografia toracică în două incidente. Actualmente a fost inclusă testarea sensibilității la rifampicină prin intermediul testului Xpert-MTB/RIF [1]. În pofida unui algoritm de diagnostic bine prestabilit, modificările grupurilor cu risc sporit care necesită a fi investigate radiologic anual cauzează tergiversarea depistării tuberculozei, astfel condiționând dezvoltarea formelor severe, extinse, cronice cu evoluție rapid fatală. Însă, gravitatea majoră a bolnavilor cu forme severe ale tuberculozei constă în pericolul epidemiologic pe care aceștia îl expun asupra populației sănătoase în calitate de sursă de infecție tuberculoasă.

Scopul. Studiarea cauzelor evoluției severe a tuberculozei pulmonare infiltrative. **Obiective:** Studiarea particularităților sociale, economice, epidemiologice și de depistare a TB pulmonare infiltrative; Elucidarea cauzelor evoluției severe a tuberculozei pulmonare infiltrative.

Material și metode. A fost îndeplinit un studiu retrospectiv, selectiv și descriptiv a unui volum total de 254 bolnavi de tuberculoză pulmonară infiltrativă, în vârstă de 18 - 70 de ani, internați în IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” în perioada 01.01.2011-01.01.2013, distribuți în 2 eșantioane: **eșantionul de studiu** – 129 bolnavi de tuberculoză pulmonară infiltrativă cu evoluție severă și **eșantionul de control** 125 bolnavi de tuberculoză pulmonară infiltrativă cu evoluție favorabilă. Criteriile de includere în eșantionul de studiu: vârsta de > 18 ani;

tip pacient „caz nou” de tuberculoză pulmonară infiltrativă; înregistrat și tratat în cadrul IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” în perioada 01.01.2011-01.01.2013, severitatea a fost apreciată conform criteriilor PSI, incluși în studiu fiind bolnavi din clasa IV-a (risc 27,9% pentru fatalitate în primele 30 de zile de spitalizare); **eșantion de control** 125 bolnavi de tuberculoză pulmonară infiltrativă de vârstă de > 18 ani; tratați în cadrul IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” în perioada 01.01.2011-01.01.2013, incluși în clase inferioare (clasa $< IV$) conform criteriile PSI [1]. Pentru colectarea materialului primar a fost utilizată metoda extragerii informației din formularele medicale. Toate datele cercetărilor clinice de laborator, instrumentale și ale documentației medicale au fost incluse în fișa individuală de studiu. Au fost utilizate metodele de analiză: de comparație; de sinteză; determinarea veridicității; analiza discriminantă; Prelucrarea matematico-statistică a materialului a fost efectuată prin verificarea cantitativă și calitativă a materialului acumulat, mai apoi s-a procedat la repartizarea materialului în grupări simple și grupări complexe. Materialul prelucrat a fost tabelat, folosind tabele simple, de grup și combinate. Prelucrarea statistică a rezultatelor studiului s-a efectuat computerizat utilizând aplicațiile programelor Microsoft Excel XP și Statistica 10.0.

Rezultate și discuții. Aspectele socio-demografice, economice și epidemiologice. Conform distribuției bolnavilor în funcție de sex, am constatat o predominare semnificativă a bărbaților comparativ cu femeile în fiecare eșantion ($97 (75,19 \pm 3,80\%)$ și $32 (24,80 \pm 3,80\%)$ femei în eșantionul de studiu și $96 (76,80 \pm 3,77\%)$ și $29 (23,20 \pm 3,77\%)$ femei în eșantionul de control, $p < 0,0001$). Iar, distribuția cazurilor de tuberculoză, în funcție de sexul pacienților, a fost practic similară în eșantioanele studiate.

După locul de trai, am remarcat o repartitie similară a bolnavilor originari din mediul rural și a bolnavilor originari din mediul urban în ambele eșantioane. Respectiv, din mediul rural au provenit 77

($59,69 \pm 4,31\%$) cazuri în eșantionul de studiu și 70 ($56,00 \pm 4,44\%$) cazuri în eșantionul de control, iar din mediul urban au provenit 52 ($40,31 \pm 4,31\%$) cazuri în eșantionul de studiu și 55 ($44,00 \pm 4,44\%$) cazuri în eșantionul de control ($p > 0,05$).

De menționat faptul că de tuberculoză se îmbolnăvesc în special păturile social vulnerabile. Astfel, numărul persoanelor neangajate în câmpul de muncă a fost majoritar în ambele eșantioane, dar la prelucrarea statistică comparativă am constatat că neangajații au predominat semnificativ ($p < 0,05$) în eșantionul de studiu ($109 (84,49 \pm 3,18\%)$) cazuri comparativ cu 116 ($92,80 \pm 2,31\%$) cazuri în eșantionul de control). Această constatare denotă inaccesibilitatea serviciilor de asistență medicală din cauza lipsei poliței de asigurare obligatorie a persoanelor neangajate.

Stabilirea ocupației de bază permite identificarea păturii sociale. Printre bolnavii incluși în cercetare am constatat că fiecare al doilea din ambele eșantioane presta munci necalificate. Analizând statistic, am remarcat că numărul persoanelor care au prestat munci necalificate a predominat în eșantionul de control în 69 ($55,20 \pm 4,44\%$) cazuri, iar persoanele care au prestat munci calificate au predominat în eșantionul de studiu în 34 ($26,35 \pm 3,87\%$) cazuri, atingând același prag al semnificației statistice ($p < 0,05$). De menționat că 14 ($12,12 \pm 2,91\%$) cazuri din eșantionul de control comparativ cu 1 ($0,77 \pm 0,77\%$) caz din eșantionul de studiu ($p < 0,001$) s-au înregistrat ca șomeri la oficiul forței de muncă, fapt ce le-a permis accesul la serviciile de asistență socială, datele sunt prezentate în tabelul 1.

Nivelul educațional, indicator al culturii generale, a fost stabilit conform studiilor absolvite. Studiile primare includ 4 clase finisate, studiile medii incomplete - studiile gimnaziale (5-9 clase), studiile medii liceale - 10-12 ani de școală, aici fiind integrați și bolnavii cu studii medii de specialitate și studiile superioare absolvite cu diplomă de licență. Deși, majoritatea bolnavilor investigați dețin studii medii de cultură generală, aceștea au predominat semnificativ în eșantionul

Tabelul I

Repartiția cazurilor conform ocupației de bază

Indicator	Eșantion de studiu n = 129		Eșantion de control n = 125		P
	n	M \pm m (%)	n	M \pm m (%)	
Agricultor	23	17,82 \pm 3,37	13	10,40 \pm 2,73	$>0,05$
Funcționar	4	3,10 \pm 1,52	3	2,40 \pm 1,36	$>0,05$
Muncitor calificat	34	26,35 \pm 3,87	11	8,80 \pm 2,53	$<0,05$
Muncitor necalificat	54	41,86 \pm 4,34	69	55,20 \pm 4,44	$<0,05$
Pensionar	6	4,65 \pm 1,85	12	9,60 \pm 2,63	$<0,05$
Invalid	7	5,42 \pm 1,99	6	4,80 \pm 1,91	$>0,05$
Student	1	0,77 \pm 0,77	4	3,20 \pm 1,57	$>0,05$
Somer	1	0,77 \pm 0,77	14	12,12 \pm 2,91	$<0,001$

de control. 58 (44,96±4,38%) bolnavi comparativ cu 84 (67,20±4,19%) bolnavi din eșantionul de studiu, $p<0,001$). Numărul persoanelor cu studii primare și gimnaziale a fost majoritar în eșantionul de studiu, deși nu au atins pragul de semnificație statistică, datele sunt prezentate în tabelul 2.

Statutul economic afectează direct nivelul de trai, fiind clasificat satisfăcător, în cazul în care dispune de domiciliu stabil, sistem centralizat de energie termică și nesatisfăcător – lipsa domiciliului stabil, supraaglomerarea încăperilor de locuit, bucatărie comună pentru mai multe familii, locuință umedă, întunecoasă. Starea materială a pacienților a fost constatată ca nesatisfăcătoare preponderent în eșantionul de studiu, 79 (61,24±4,29%) bolnavi și 50 (40,00±4,38%) bolnavi în eșantionul de control. Bolnavii cu condiții satisfăcătoare de trai au predominat în eșantionul de control, 75 (60,00±4,38%) comparativ cu doar 50 (38,76±4,29%) în eșantionul de studiu. Persoanele fără un loc de trai, expun o problemă majoră ce le-ar permite accesul la servicii medicale primare și specializate. Prezența lor doar în eșantionul de studiu (12 (9,30±2,55%) cazuri) demonstrează starea precară a fiecărui al zecelea bolnav de tuberculoză severă.

Referitor la apartenența la anumite grupuri de risc sporit de îmbolnăvire de tuberculoză, am observat că migranții în 44 (34,10±4,17%) cazuri au constituit a treia parte a eșantionului de studiu. Aceștia au predominat semnificativ în eșantionul de studiu, 44 (34,10±4,17%) bolnavi comparativ cu 18 (14,40±3,14%) bolnavi în eșantionul de control, ($p<0,001$). Deci, migranții sunt mai expuși evoluției severe a tuberculozei, deoarece se confruntă cu problema depistării tardive a tuberculozei, lipsa asigurării medicale și cu probleme financiare.

Fumatul, care este o deprindere nocivă foar-

te răspândită printre bolnavii de tuberculoză, a fost constatat în egală măsură la persoanele investigate pe ambele eșantioane (87 (67,44±4,12%) în eșantionul de studiu și 80 (64,00±4,29%) în eșantionul de control). Persoanele eliberate din instituțiile penitenciare au fost constatate într-o proporție aproximativ similară în ambele eșantioane (7 (5,42±1,99%) și 4 (3,20±1,57%). Prezența lor în eșantioane denotă o situație gravă, deoarece foștii deținuți se confruntă cu bariere în reintegrare socială, familială și de angajare în câmpul muncii, iar tuberculoza poate evolua sever din diferite motive. Consumatorii cronici de alcool au predominat în eșantionul de studiu (60 (46,53±3,28%) și 18 (14,40±3,14%), $p<0,001$).

Referitor la statutul matrimonial, am constatat predominarea statistic semnificativă a persoanelor căsătorite în eșantionul de control 90 (72,00±4,01%) bolnavi comparativ cu 68 (52,71±4,39%) bolnavi în eșantionul de studiu, $p<0,05$. Persoanele solitare, precum cele celibatate și divorțate, au predominat în eșantionul de studiu: celibatate 38 (29,45±4,01%) cazuri comparativ cu 14 (11,20±2,82%) cazuri în eșantionul de control, $p<0,001$ și respectiv, divorțate 18 (13,95±3,05%) cazuri în eșantionul de studiu comparativ cu 5 (4,00±1,75%) cazuri în eșantionul de control, $p<0,05$. Deci, solitudinea se manifestă ca particularitate a bolnavilor cu tuberculoză severă, evoluția nefavorabilă a bolii poate fi explicată prin absența suportului familiei în asigurarea accesului la serviciile medicale, datele sunt prezentate în tabelul 3.

Factorul de risc epidemiologic major de îmbolnăvire de tuberculoză reprezintă contactul tuberculos. S-a stabilit că o treime din bolnavii eșantionului de studiu, 43 (33,33±4,15%), a fost în contact cu sursa de infecție tuberculoasă, 33 (25,58±3,84%) pacienți au provenit din focar epidemic de TB și 53

Tabelul 2

Repartiția cazurilor în funcție de nivelul educațional

Nivelul educațional	Eșantion de studiu n = 129		Eșantion de control n =125		P
	n	M ± m (%)	n	M ± m (%)	
Studii primare	31	24,03±3,76	8	6,40±2,18	>0,05
Studii gimnaziale	40	31,00±4,07	30	24,00±3,82	>0,05
Studii medii generale	58	44,96±4,38	84	67,20±4,19	<0,001
Studii superioare	4	3,10±1,52	3	2,40±1,36	>0,05

Tabelul 3

Repartiția cazurilor în funcție de statutul civil

Statutul civil	Eșantion de studiu n = 129		Eșantion de control n= 125		P
	n	M ± m (%)	n	M ± m (%)	
Căsătorit/văduv	68	52,71±4,39	90	72,00±4,01	<0,05
Celibatar	38	29,45±4,01	14	11,20±2,82	<0,001
Văduv	5	3,87±1,69	6	4,80±1,91	>0,05
Divorțat	18	13,95±3,05	5	4,00±1,75	<0,05

(41,08±4,33%) pacienți au avut în anturajul lor copii. În eşantionul de control doar 26 (20,80±3,63%) pacienți au avut contact tuberculos, 13 (10,40±2,73%) au provenit din focar de TB și 47 (37,60±4,33%) au avut în anturajul lor copii. Un criteriu important privind gravitatea a focarului epidemic este prezența copiilor în anturajul bolnavului. Deci, focarele epidemice de gradul 1 (criteriu de spitalizare a bolnavului de tuberculoză) au reprezentat preponderent bolnavii eşantionului de studiu 53(41,08±4,33%) cazuri, deși nu a atins pragul de semnificație statistică.

Particularitățile de depistare, erori de diagnostic prezumptiv și comorbiditățile bolnavilor de tuberculoză pulmonară cu evoluție severă.

Componenta esențială a strategiei DOTS reprezintă depistarea cazurilor de tuberculoză prin examenul microscopic al sputei, adică depistarea pasivă a pacientului simptomatic. S-a constatat o rată înaltă de utilizare a căii pasive în ambele eşantioane. Astfel, medicul de familie a depistat bolnavii în proporție similară în ambele eşantioane, în 95 (73,64±3,87%) cazuri în eşantionul de studiu și 95 (76,00±3,82%) cazuri în eşantionul de control. Specialistul pneumoftiziolog a depistat pe cale pasivă mai mulți bolnavi în eşantionul de studiu (13 (10,07±2,65%) și 6 (4,80±1,91%) în eşantionul de control), probabil datorită diagnosticului diferențial, însă fără a atinge pragul de semnificație statistică.

S-a constatat o rată mică a bolnavilor depistați pe cale activă în ambele eşantioane, 21 (16,27±3,25%) cazuri în eşantionul de studiu și 24 (19,20±3,52%) cazuri în eşantionul de control. Această constatare denotă o activitate redusă a asistenței medicale primare în cadrul grupurilor de risc, dar și inaccesibilitatea metodelor de screening pentru majoritatea populației social defavorizate.

Evaluând latența depistării cazurilor investigate, am constatat că majoritatea bolnavilor din ambele eşantioane au fost depistați la mai mult de 4 săptămâni de la apariția primelor semne de îmbolnăvire 110 (85,27±3,12%) bolnavi în eşantionul de studiu și 92 (73,60±3,94%) bolnavi în eşantionul de control, $p < 0,05$. Totuși, în proporție mai mică, însă statistic concludent, bolnavii eşantionului de control au fost depistați mai frecvent la stadiul precoce (până

la 1 lună de evoluție) 33 (26,40±3,94%) bolnavi și 19 (14,72±3,12%) bolnavi în eşantionul de studiu, $p < 0,05$.

Repartizând pacienții conform erorilor de diagnostic comise înaintea stabilirii diagnosticului de tuberculoză, am constatat că fiecare al doilea bolnav de tuberculoză pulmonară a fost diagnosticat eronat. Diagnosticul eronat a predominat în eşantionul de control, 52 (40,31±4,31%) bolnavi comparativ cu 65 (52,00±4,46%) bolnavi în eşantionul de studiu, fără a atinge pragul de semnificație statistică, datele sunt prezentate în tabelul 4.

Diagnosticul eronat a fost constatat mai frecvent în eşantionul bolnavilor cu evoluție favorabilă, din cauza afectării limitate a parenchimului pulmonar, ceea ce condiționează intensitatea redusă a simptomatologiei evocatoare. Bolnavii cu suspexie de cancer bronho-pulmonar, din cauza hemoptiziilor repetate și a examenului radiologic necaracteristic pentru patologia specifică au predominat în eşantionul de studiu, 14 (26,92±6,15%) cazuri comparativ cu 4 (6,15±2,98%) cazuri în eşantionul de control, cu $p < 0,001$. Bolnavii diagnosticați eronat cu pleurezie de orice altă geneză, decât cea tuberculoasă, au predominat în eşantionul de studiu, 3(5,76±3,23%) cazuri comparativ cu 1 (1,53±1,52%) caz în eşantionul de control, însă numărul mic de cazuri nu permite generalizarea acestei constatări. Diagnosticul de pneumonie comunitară a fost stabilit la fiecare al treilea bolnav diagnosticat eronat în ambele eşantioane. În eşantionul de studiu, 17 (32,69±6,50%) cazuri și în eşantionul de control 20 (30,76±5,72%) cazuri. Această eroare de diagnostic a fost condiționată de argumentarea antibioterapiei nespecifice de diagnostic diferențial. Bronșita cronică a predominat în eşantionul de control, 40 (61,53±6,03%) comparativ cu 19 (36,53±6,67%) cazuri în eşantionul de studiu, $p < 0,01$ și a fost stabilită la bolnavii fumători înveterați ca o consecință a tabagismului activ. Generalizând datele tabelului anterior, concluzionăm că orice patologie respiratorie (de orice geneză) necesită a fi diferențiată de tuberculoza pulmonară.

În cadrul studiului clinic am stabilit ponderea comorbidităților cu impact asupra riscului de dezvoltare a tuberculozei în eşantioanele de bolnavii investigați.

Tabelul 4

Erorile de prediagnostic prezumptiv clinic

Diagnostice prezumptive	Eşantion de studiu N = 52		Eşantion de control N = 65		P
	n	M ± m (%)	n	M ± m (%)	
Bronșită cronică	19	36,53±6,67	40	61,53±6,03	<0,01
Pneumonie	17	32,69±6,50	20	30,76±5,72	>0,05
Suspecție de cancer pulmonar	14	26,92±6,15	4	6,15±2,98	<0,001
Pleurezie	3	5,76±3,23	1	1,53±1,52	<0,05

Tabelul 5

Bolile asociate tuberculozei pulmonare

Semne clinice	Eșantion de studiu n=93		Eșantion de control n = 55		P
	n	M ± m (%)	n	M ± m (%)	
BCRN	19	20,43±4,18	21	38,18±6,55	< 0,05
BAGI	17	18,28±4,00	18	32,72±6,32	< 0,05
Boli hepatice	9	9,67±3,06	5	9,09±3,87	>0,05
Boli renale cronice	4	4,30±2,10	0	0	>0,05
Diabet zaharat	4	4,30±2,10	8	14,54±4,75	>0,05
B 20	5	5,37±2,33	3	5,45±3,06	>0,05
Boli cardiovasculare	9	9,67±3,06	0	0	< 0,05
Alcoolism cronic	24	25,00±4,41	0	0	<0,001
Boli psihice	2	2,15±1,50	0	0	>0,05

Notă: bolile AGI – bolile aparatului gastrointestinal; BCRN – bolile cronice respiratorii nespecifice.

În calitate de factori de risc medico-biologici ai evoluției severe s-au constatat: sindromul imunodeficienței dobândite prin infecția HIV, imunodeficiența secundară patologiilor neoplazice, bolile cronice respiratorii nespecifice, patologiile ale aparatului gastrointestinal, patologiile infecțioase cronice hepatice, diabetul zaharat (tip I/II), bolile renale cronice, patologiile sistemului nervos central, alcoolismul cronic.

Bolnavilor cu comorbidități a predominat în eșantionul de studiu, 93 (72,09±3,94%) cazuri comparativ cu 55 (44,00±4,44%) cazuri în eșantionul de control, $p < 0,001$.

În ordine descrescândă, am constatat că, bolile cronice respiratorii nespecifice au predominat în eșantionul de control, 21 (38,18±6,55%) cazuri comparativ cu 19 (20,43±4,18%) cazuri în eșantionul de studiu, $p < 0,05$. La același grad de concludență au predominat și bolile aparatului gastrointestinal (ulcerul gastroduodenal, gastrita, enterocolitele), 18 (32,72±6,32%) bolnavi în eșantionul de studiu, comparativ cu 17 (18,28±4,00%) bolnavi în eșantionul de control. Bolile cardiovasculare au fost diagnosticate doar în eșantionul de studiu, 9 (9,67±3,06%) bolnavi. Îngrijorător de mare este ponderea bolnavilor diagnosticați cu alcoolism cronic, 24 (25,00±4,41%) cazuri în eșantionul de studiu, datele sunt prezentate în tabelul 5.

Sinteza rezumativă a particularităților generale, a caracteristicilor sociale, economice și epidemiologice ale bolnavilor de tuberculoză pulmonară cu evoluție severă a demonstrat că sexul masculin și vârsta tânără reprezintă factori biologici predominanți. Statutul economic precar, de persoană neangajată în câmpul muncii predomină la acești bolnavi. Stabilind ocupațiile de bază ale persoanelor investigate, am constatat că muncile necalificate sunt frecvent prestate de bol-

navii cu tuberculoză severă, iar nivelul de instruire al acestor bolnavi a inclus în studiile primare și medii incomplete. Statutul civil de persoană celibatară și divorțată s-a evidențiat la bolnavii aceluiși eșantion. Iar deprinderile nocive, precum consumul frecvent sau cronic de alcool și apartenența la grupul migranților a predominat la bolnavii cu evoluție severă. Indicatorii enumerați contribuie la deteriorarea condițiilor de trai, constatate nesatisfăcătoare la majoritatea bolnavilor.

Particularităților epidemiologice au evidențiat gravitatea cazurilor din eșantionul de studiu manifestată prin crearea focarului epidemic de gradul I, apartenența la focarul epidemic și contactul cu o sursă binecunoscută de infecție tuberculoasă.

Concluzii. Studiul aspectelor comparative ale bolnavilor de tuberculoză pulmonară infiltrativă de diferită evoluție a stabilit că vârsta comparativ mai tânără, contactul tuberculos, deprinderile nocive, apartenența la grupurile social-epidemice cu risc major, tergiversarea depistării, erorile de diagnostic, comorbiditățile au fost cauzele evoluției severe a tuberculozei pulmonare.

Abordul complex al pacienților cu tuberculoză pulmonară infiltrativă pulmonară, necesită a fi individualizat conform criteriilor de diferențiere, luând în considerație gravitatea situației epidemiologice a tuberculozei în R. Moldova.

Bibliografie

1. Protocol Clinic Național - 3 Pneumonia Comunitară la Adult. Chișinău, 2014, 43 p.
2. Protocol Clinic Național - 123 Tuberculoza la Adult. Chișinău, 2014, 24 p.
3. Global tuberculosis report. WHO. Geneva 27, Switzerland, 2014.